UN CAS DE TUMEUR MALIGNE

volumineuse et inopérable de la région parotidienne

opérée et fulgurée

qui présente actuellement les apparences de la guérison

PAR

M. le Docteur René DESPLATS

LILLE
Imprimerie H. Morel, rue Nationale, 77

1908

UN CAS DE TUMEUR MALIGNE

volumineuse et inopérable de la région parotidienne

opérée et fulgurée

qui présente actuellement les apparences de la guérison

PAR

M. le Docteur René DESPLATS

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
25 OCT 11
LIBRARY

LILLE
Imprimerie H. Morel, rue Nationale, 77

1908

Un cas de Tumeur maligne volumineuse et inopérable de la région parotidenne

opérée et fufgurée, qui présente actuellement les apparences de la guérison

---

Depuis le rapport que j'ai présenté devant votre Société, en novembre dernier, sur la fulguration dans le traitement du cancer, j'ai eu l'occasion, grâce au bienveillant concours de plusieurs d'entre vous, de fulgurer un certain nombre de tumeurs diversement localisées. Les cas, déjà nombreux, qui sont passés entre mes mains, peuvent se diviser en 2 catégories : la première comprenant les cancers accessibles au bistouri et dans lesquels on pouvait espérer légitimement la guérison momentanée, la cicatrisation par l'exérèse seule, et la seconde celle des cancers inopérables.

De la première catégorie je n'ai rien à dire encore, car je n'ai pas le droit d'attribuer à la fulguration des succès trop récents, et je ne pourrais vous entretenir que de quelques échecs de la méthode qu'il m'est impossible d'interpréter jusqu'à nouvel ordre et que je me contente de classer.

Pour les cancers inopérables, nous avons le droit d'être moins exigeants, me semble-t-il, et le fait seul d'obtenir, dans ces cas, une guérison momentanée, est un argument important en faveur de la méthode, le seul d'ailleurs que je puisse invoquer en sa faveur avant longtemps. Je vous présente aujourd'hui un de ces cas qui me paraît intéressant.

Observation

Mlle A. D., de Nœux-les-Mines, est venue me consulter, le 26 janvier 1908, sur les conseils de M. le Dr Goidin.

Ses antécédents héréditaires ne présentent rien de particulier au point de vue morbide.

Sa santé personnelle fut excellente jusqu'au mois de mars 1896; à cette époque, quinze jours après l'extraction d'une dent de sagesse, elle constata, en arrière de l'angle de la mâchoire, à droite, une petite tumeur dure, indolore, du volume d'une petite noix; un an plus tard, l'amygdale du même côté augmenta de volume; on consulta un laryngologiste qui fit une cautérisation et déclara que la tumeur rétro-maxillaire était causée par l'affection amygdalienne; de fait, après une cautérisation, les ganglions amygdaliens disparurent, mais reparurent au bout de six mois et augmentèrent très lentement de volume jusqu'en 1903, époque à laquelle une angine retentit sur les ganglions, qui formèrent un paquet gros comme un œuf de pigeon.

En 1905, la malade alla consulter un médecin de Lille, qui conseilla l'exérèse et l'envoya dans un service chirurgical, où on refusa de l'opérer, à cause du siège de la tumeur et de l'absence de phénomènes douloureux et fonctionnels.

En 1906, un médecin d'Ypres conseilla l'iodure de potassium et, malgré deux mois de ce traitement, la tumeur augmenta manifestement de volume. A la fin de 1906, après intervention de plusieurs charlatans qui appliquèrent des plaques électriques et des onguents variés, la tumeur avait le volume d'une pomme.

En 1907, notre malade entra à l'hôpital de la Pitié pour y être opérée, on lui conseilla la radiothérapie et on l'envoya à l'hôpital

Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur Béclère, où on commença un traitement par le radium.

En novembre 1907, un médecin électrothérapeute de Lille, consulté, fit une ponction de la tumeur et y plaça un drain, que la malade portait encore le jour où elle vint me consulter et qui laissait exsuder un liquide séropurulent, d'odeur infecte.

Je fis entrer Melle D... à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Professeur Duret, où l'interne du service, M. Chateau, prit les notes suivantes :

Femme de 36 ans, d'aspect robuste, ayant toutes les apparences de la santé. Dans la région sous-auriculaire droite, on constate une tuméfaction arrondie, lisse, dure, qui s'étend en hauteur du conduit auditif externe à une ligne passant par le cartilage cricoïde, qui va en avant jusqu'au bord antérieur du masséter, en arrière jusqu'aux muscles de la nuque. Les diamètres vertical et antéropostérieur sont l'un et l'autre de 13 centimètres ; le néoplasme a le volume de deux poings.

A ce niveau, la peau est rouge, tendue mais pas adhérente. Il n'y a pas de réseau veineux. A l'inspection du pharynx, on constate que la paroi est refoulée vers la ligne médiane, au toucher, sensation de résistance et de dureté. L'amygdale paraît saine, ni hypertrophiée, ni ulcérée ; l'haleine n'est pas fétide.

Du côté malade, le conduit auditif externe est envahi par des bourgeons blanchâtres, l'audition est diminuée mais non abolie. Paralysie faciale droite complète (lagophtalmos, absence de rides, perte de la mimique) qui aurait débuté il y a un an. Depuis deux mois, douleurs au niveau de la tumeur et dans l'oreille sans irradiation dans le territoire du trijumeau.

Les mouvements de la mâchoire se font avec un écartement maximum de 3 centimètres environ. Pendant les mouvements, la tumeur reste immobile.

Diagnostic. — Tumeur de la parotide, probablement sarcôme.

M. le professeur Duret accepte de l'opérer, vu son état général, mais ne donne pas grand espoir au point de vue de la guérison.

L'opération a lieu le 3 février 1908. — On fait une incision circulaire, circonscrivant la tumeur, complétée par trois incisions libératrices en avant, en arrière et en bas. On trouve un néoplasme diffus, qui est extirpé par morcellement. Au centre de ce

néoplasme, on tombe dans une cavité anfractueuse, contenant une sanie infecte. L'évidement de la loge parotidienne est poursuivi jusqu'au voisinage des gros vaisseaux (carotide interne et jugulaire) qui sont respectés. Hémorrhagie assez abondante, ligature des vaisseaux au fur et à mesure de leur section. La portion membraneuse inférieure du conduit auditif est enlevée avec la tumeur.

Le maxillaire inférieur enclavé par le néoplasme ne paraît pas envahi, en arrrière le néoplasme étant adhérent à la mastoïde.

L'opération a duré un peu plus de trois quarts d'heure, et vu l'état précaire de la malade, on ne fulgure la plaie opératoire que pendant un quart d'heure. On se contente ensuite de suturer les incisions libératrices et on laisse ouverte la loge parotidienne évidée, pour permettre de la refulgurer.

Tamponnement à la gaze iodoformée, pansement.

Pendant la journée et le jour qui suit, la malade a beaucoup de peine à se relever du choc opératoire.

5 février. — Son état général est satisfaisant ; mais le soir même toute la région qui avoisine la plaie opératoire est œdématiée ; la joue, les paupières participent à la tuméfaction, la température monte à 39°6 le soir, le pouls à 130, la peau est rouge et chaude ; à l'angle interne de l'œil il y a un peu de pus qu'on examine, on n'y trouve pas de microbes. Sensation de chaleur et de cuisson un peu douloureuse, on pense qu'il s'agit d'un érysipèle et on applique des compresses au sublimé.

Les jours qui suivent et jusqu'au 9 il y a une élévation de température vespérale de 39° à 39°2, mais la rougeur et la tuméfaction vont en s'atténuant.

12 février. — La température tombe définitivement.

Pendant tout ce temps, il y a eu une exsudation de liquide purulent assez abondante.

15 février. — La plaie a très bon aspect, bourgeonne, et la perte de substance tend à se combler.

20 février. — On aperçoit au milieu de la plaie quelques petits bourgeons, durs au toucher, qui demandent une nouvelle fulguration.

25 février. — L'état général de la malade étant suffisant, on fait une fulguraton de 8 minutes suivie d'un grattage et d'une

nouvelle fulguration de 8 minutes. L'opération est très bien supportée.

26 février et jours suivants. — Exsudation assez abondante.

4 mars. — La malade va bien, la plaie se cicatrise.

17 mars. — La malade sort de l'hôpital et vient me revoir tous les 8 jours pour les pansements.

M. Duret. — Si M. René Desplats a présenté dès aujourd'hui cette malade, c'est moi qui l'y ai poussé, parce que je considère le résultat actuellement obtenu comme tout à fait exceptionnel.

Il vous est en effet difficile de vous figurer l'état dans lequel elle se trouvait au moment où elle est entrée dans le service, sa tumeur volumineuse et ulcérée comme on vient de vous le dire laissait exsuder un liquide abondant et de mauvaise odeur, elle s'étendait depuis le maxillaire inférieur en avant jusqu'aux muscles de la nuque, et tous les chirurgiens qui l'avaient vue l'avaient d'ailleurs jugée inopérable.

Si je consentis, quant à moi, à tenter l'opération, c'est d'une part parce que cette femme paraissait présenter une certaine résistance et d'autre part encouragée par la fulguration.

Je fis donc une vaste incision circulaire autour de la tumeur, que je complétais par trois incisions rectilignes libératrices en avant, en arrière et en bas, et je tombais sur un bloc dur, qui paraissait adhérent partout et au milieu duquel il fallait renoncer à reconnaître aucun organe ; je morcelai donc cette tumeur qui avait englobé le sterno-cléido-mastoïdien, la carotide externe, le nerf facial, j'évidai ainsi morceau par morceau du mieux que je pus, jusqu'au voisinage des gros vaisseaux ; je liai les vaisseaux au fur et à mesure de leur section ; la tumeur était adhérente à l'apophyse mastoïde et la portion inférieure du conduit auditif externe fut enlevée avec le néoplasme. On comprend que l'opération fut laborieuse, elle dura trois quarts d'heure après lesquels M. René Desplats fulgure la plaie opératoire pendant un quart d'heure. C'était peu, eu égard à l'étendue de cette plaie.

Dans la journée qui suivit l'opération et le jour suivant, la malade eut beaucoup de peine à se relever du choc opératoire, il fallut lui faire des injections de sérum, d'huile camphrée, d'éther, mais le surlendemain elle allait mieux. Rapidement, la

plaie bourgeonna et nous vîmes deux espèces de granulations, les unes rosées sur lesquelles se détachaient quelques granulations blanchâtres qu'il fallait soupçonner de mauvaise nature. On la remit donc sur la table d'opération et on la fulgura de nouveau. Vous savez le reste.

Cette malade inopérable est donc aujourd'hui cicatrisée, et c'est là un premier point très important, qui justifie la présentation de ce soir, car je puis bien vous déclarer que, dans ma carrière de chirurgien, c'est le premier cas de cancer diffus que j'aie vu se cicatriser. Cette guérison se maintiendra-t-elle ? J'ose l'espérer en voyant le changement notable qui s'est opéré dans l'état de santé de cette femme. Quel rôle a joué la fulguration dans ce cas, quel rôle jouera-t-elle dans des cas semblables ? Elle nous décide à opérer des tumeurs que nous considérions comme au-delà de nos moyens, et si nous obtenons des résultats inespérés dans certains de ces cas, j'admettrais volontiers pour ma part qu'elle achève la destruction des petits vestiges de la tumeur, qui ont échappé au bistouri.

M. Augier. — Il serait intéressant de connaître la nature histologique de cette tumeur, car il y a lieu de se demander s'il s'agit là vraiment d'une tumeur maligne.

M. Duret. — Cliniquement, une tumeur diffuse de ce genre est toujours une tumeur maligne.

M. René Desplats. — Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux lobulé avec globes épidermiques.

IMP. H. MOREL, LILLE